

УДК: 616.895.8-036.82

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.100553

ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ СОМАТО-НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

© В. С. Підкоритов, Н. А. Байбарак

Досліджений рівень стресостійкості у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією та рівень якості життя як предиктори формування їх соціальної дезадаптації. Розглянутий вплив сомато-неврологічної патології на перебіг параноїдної шизофренії при різному рівні стресостійкості. Це дасть можливість на етапі загострень враховувати ці фактори при призначенні фармакотерапії та подальшому етапі реабілітації

Ключові слова: параноїдна шизофренія, стресостійкість, динаміка рівню якості життя, сомато-неврологічна патологія, фармакотерапія

1. Вступ

Відомо, що хворі на шизофренію часто страждають супутньою соматичною патологією. Несприятливий перебіг шизофренії, негативна симптоматика і когнітивні розлади перешкоджають своєчасному зверненню за психіатричною допомогою хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією. Пацієнти, які страждають на шизофренію, більш уразливі до соматичних захворювань та мають специфічну адаптаційну реакцію до стресових ситуацій [1, 2]. У 90 % хворих на шизофренію має місце порушення різних соматичних функцій, при цьому приблизно у 54 % з них соматичні захворювання не діагностуються [3, 4].

Більш ніж в 40 % випадків метаболічні порушення у хворих на шизофренію залишаються без адекватної медикаментозної корекції. Не менш 45 % хворих, що страждають на шизофренію і коморбідно на цукровий діабет, обирають вектор терапії за соматичною патологією, і нехтують лікуванням основного захворювання [5].

Внаслідок вищесказаного проблема лікування шизофренії при наявності коморбідних їй соматичних захворювань набуває особливої актуальності [6]. Наявність соматичної патології при основному захворюванні формує у таких хворих ірраціональну модель відношення до хвороби, що в свою чергу знижує ефективність лікування.

2. Обґрунтування дослідження

На обмінні процеси, крім позитивної симптоматики при шизофренії, свій несприятливий вплив може надавати і негативна симптоматика. Емоційно-вольові розлади, властиві шизофренії, призводять до формування нездорового способу життя: гіподинамії, нераціонального харчування, недостатньою турботі про своє здоров'я, широкої, поширеності шкідливих звичок [7, 8], формуванню гіпо- та анозогнозичного типів відносини до наявності соматичної патології [9]. У зв'язку з цим погіршується загально-соматичний стан, який відіграє ключову роль в стані психічної сфери у хворих на параноїдну шизофренію як загального показника соціального

функціонування. Як свідчать дані наукових досліджень, в результаті захворювання виникають порушення життєдіяльності суб'єкта на різних рівнях. Це і безпосередньо соматичне страждання, викликане хворобою (соматичний рівень), і втрата здатності здійснювати повсякденну діяльність у звичному стилі (поведінковий рівень). А також розвиваються внаслідок захворювання соціальні та рольові обмеження (соціальний рівень) і психологічні порушення (психологічний рівень).

Таким чином, представляється актуальним дослідження соціального функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією, яке дозволить визначити основні предиктори зниження рівня якості життя та в подальшому слугуватимуть мішенями психокорекційного втручання на етапі реабілітації. Дослідження об'єктивної сторони якості життя (ЯЖ) хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) є актуальним спрямуванням уваги на співвідношення соматичного та психологічного стану пацієнта. Що, в свою чергу, надає можливість більш раціонально скорегувати фармакотерапевтичне лікування з цілеспрямованим корегуванням поведінки хворого, його взаємодії у сімейній та соціальній сферах та ступінь задоволеності життєдіяльністю з урахування наявності хвороби.

3. Мета дослідження

Визначення особливостей порушення соціального функціонування у пацієнтів на параноїдну шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією під впливом нейрорепетитивної терапії та визначення ефективності сполученої психофармакотерапії.

4. Матеріали і методи дослідження

Матеріали дослідження отримані з 2014 по 2016 рр. Для формування репрезентативної групи пацієнтів, хворих на шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією було застосовано декілька етапів добору.

На першому етапі, було відібрано та проаналізовано історії хвороби пацієнтів, що страждали на шизофренію, які проходили лікування в ДУ ІНПН

НАМН України у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії. Таких пацієнтів було 548 осіб обох статей (369 чоловіків та 179 жінок).

Другим етапом був цілеспрямований відбір пацієнтів, які страждали безпосередньо на параноїдну шизофренію – F 20.0 за МКХ-10 [10]. Таких осіб було 326 різної статі (198 чоловіків та 128 жінок).

На третьому, останньому етапі із цієї групи за спеціально розробленими критеріями виділена основна група пацієнтів яка складала 182 осіб у яких був встановлено діагноз параноїдна форма шизофренії (F 20.0) відповідно до критеріїв МКХ – 10, і була наявна сомато-неврологічна патологія. Так були сформовані 4 групи дослідження та група порівняння, яка складалась із хворих на параноїдну шизофренію без сомато-неврологічної патології.

Група 1 хворі з серцево-судинною патологією (ССП), яка складалась з 44 пацієнтів. Вік хворих склав від 30 до 70 ($50,1 \pm 7,8$) років, у групі було 14 жінок та 30 чоловіків. У групі 2 хворих з гастроентерологічною патологією (ГЕП) 48 пацієнтів, від 19 до 72 ($37,9 \pm 10,2$) років, у групі було 19 жінок та 29 чоловіків. У групі 3 хворих з ендокринною патологією (ЕнП) 50 пацієнтів, від 29 до 59 ($42,9 \pm 5,9$) років, у групі було 18 жінок та 32 чоловіка. У групі 4 хворих з неврологічною патологією (НП) 40 пацієнтів, вік від 20 до 50 ($35,9 \pm 10,6$) років, у групі було 12 жінок та 28 чоловіків. У групі порівняння 30 пацієнтів на параноїдну шизофренію без сомато-неврологічної патології. У групу порівняння увійшли 9 жінок та 21 чоловік, у співвідношенні – 1:2,3. Середній вік пацієнтів групи порівняння склав ($31,6 \pm 6,2$) років.

Для визначення поставленої мети були застосовані наступні методи: методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Page, опитувальник якості життя «SF-36 Health Status Survey» [11, 12]. Математико-статистичний метод був представлений дисперсійним (використано t-критерій Стюдента, ϕ – Фишера).

5. Результати дослідження

В групах дослідження та порівняння проводився аналіз показника стресостійкості, як інтегративного показника наявності психотравмуючих факторів у житті хворих на параноїдну шизофренію (табл. 1).

За аналізом даних були отримані достовірні відмінності розподілу рівнів стресостійкості в залежності від наявності соматичних порушень у хворих на ПШ. Так у 53,3 % групи дослідження достовірно превалював низький рівень стресостійкості ($\phi_{\text{емп}} = 5,0 > 2,31 = \phi_{\text{кр}}$, $\rho_{\phi} < 0,01$). Тоді як в групі порівняння у 53,3 % ($\phi_{\text{емп}} = 1,9 > 1,64 = \phi_{\text{кр}}$, $\rho_{\phi} < 0,05$) хворих без соматичних порушень переважав пороговий та у 36,7 % – високий рівень стресостійкості ($\phi_{\text{емп}} = 3,5 > 2,31 = \phi_{\text{кр}}$, $\rho_{\phi} < 0,01$).

Для детального аналізу рівня стресостійкості у хворих з урахуванням соматичних порушень про-

дилось співставлення результатів в підгрупах групи дослідження (табл. 2).

Таблиця 1

Співставлення рівня стресостійкості у хворих на параноїдну шизофренію з / без сомато-неврологічної патології (за даними опитувальника Холмса та Page)

Шкала	Основна група (з сомато-неврологічною патологією), n=182		Група порівняння (без соматичної патології), n=30		Критерій Фишера
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	
Низький ≥ 300 балів	97	53,3	3	10,0	5,0 ¹⁾
Пороговий 200–299 балів	63	34,6	16	53,3	1,9 ¹⁾
Високий 150–199 балів	17	9,3	11	36,7	3,5 ¹⁾
Дуже високий ≤ 150 балів	5	2,8	1	3,3	0,2

Примітка: ¹⁾ – різниця показників між основною групою та групою порівняння за критерієм ϕ – кутове перетворення Фишера достовірне ($\rho_{\phi} < 0,05$)

Таблиця 2

Співставлення рівнів стресостійкості у хворих на ПШ з урахуванням сомато-неврологічної патології (за даними опитувальника Холмса та Page)

Рівень	Група 1 з ССП, n=44		Група 2 з ГЕП, n=48		Група 3 з ЕнП, n=50		Група 4 з НП, n=40	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Низький ≥ 300 балів	31	70,5 ¹⁾	18	37,5	36	72,0 ¹⁾	12	30,0
Пороговий 200–299 балів	10	22,7	25	52,1 ¹⁾	12	24,0	16	40,0 ¹⁾
Високий 150–199 балів	3	6,8	4	8,3	2	4,0	8	20,0 ¹⁾
Дуже високий ≤ 150 балів	0	0,0	1	2,1	0	0,0	4	10,0

Примітка: ¹⁾ – різниця показників між усіма групами за критерієм ϕ – кутове перетворення Фишера достовірне ($\rho_{\phi} < 0,05$)

При розподілу основної групи на підгрупи з урахуванням соматичних порушень були виявлені достовірні відмінності у превалюванні рівня стресостійкості.

Достовірно притаманним у 70,5 % (при $\rho_{\phi} < 0,01$) хворих з захворюваннями серцево-судинної системи та у 72,0 % (при $\rho_{\phi} < 0,01$) хворих з порушенням функціонування ендокринної системи низький рівень стресостійкості. Тоді як для 52,1 % (при $\rho_{\phi} < 0,05$) групи із порушеннями функціонування шлунково-кишкового тракту та 40,0 % (при $\rho_{\phi} < 0,05$) хворих із сомато-неврологічною патологією характерний пороговий рівень стресостійкості.

При аналізі психотравмуючих факторів в групі хворих на ПШ з соматичними порушеннями було виявлено, що за останній рік найчастіше 86,3 %

хворих відмічають наявність хвороби / травми, яка в середньому відзначалась (1,8±0,6) разів.

Надалі було проведено співставлення стану якості життя у хворих на шизофренію з наявністю соматичної патології та хворих на шизофренію без ознак соматичної патології.

Таким чином досліджується соціальний аспект хворих на параноїдну шизофренію з обтяженням соматичного стану (табл. 3)

Таблиця 3
Порівняльна оцінка якості життя хворих на параноїдну шизофренію (M±m, у балах)

Шкала	Основна група (з сомато- неврологічною патологією), n=182	Група порівняння (без соматичної патології), n=30
Психічний компонент здоров'я		
Психічне здоров'я (MH)	54,0±3,1*	63,7±1,7
Рольове функціон., обумовлене емоц. станом (RE)	53,7±3,6*	66,2±1,2
Соціальне функціонування (SF)	59,3±2,5*	67,2±1,1
Життєва активність (VT)	54,8±2,6*	61,5±1,1
Фізичний компонент здоров'я		
Фізичне функціонування (PF)	55,2±2,1*	68,7±1,1
Рольове функціон., обумовлене фізич. станом (RP)	58,4±3,0*	71,2±1,3
Інтенсивність болю (BP)	62,4±2,6*	74,3±1,1
Загальний стан здоров'я (GH)	53,7±2,2*	65,4±1,4

Примітка: * – різниця показників групи дослідження від показників групи порівняння, достовірне $p<0,01$

На підставі отриманих даних були виявлені достовірні відмінності рівня якості життя у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою сомато-неврологічною патологією при порівнянні показників групи без коморбідних захворювань.

Особливу увагу звертає на себе зниження показників фізичного компоненту здоров'я в основній групі, де середній показник складав (53,7±2,1) балів, при $p<0,01$ та фізичне функціонування – (55,2±2,0) балів, при $p<0,01$. Зниження за даними шкалами вказує на ступінь обмежень виконання фізичних дій, навантажень у вигляді самообслуговування, що свідчить про наявність втомлення та зниження як фізичної, так і життєвої активності.

Також достовірно знижені показники за психічним компонентом здоров'я у хворих з супутньою сомато-неврологічною патологією при співставленні із групою порівняння. Так для основної групи хворих достовірно характерне зниження за психічним компо-

нентом здоров'я, а саме за шкалами: рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, де середній показник складав (53,7±3,6) балів, психічне здоров'я (54,0±3,1) балів, при $p<0,01$ та життєва активність (54,8±2,6) балів, при $p<0,01$. В даній отриманій картині якості життя хворих на параноїдну шизофренію з коморбідними захворюваннями спостерігається наявність також супутніх емоційних порушень з виразним психічним неблагополуччям. За наявності певних емоційних порушень виникає обмеження у виконанні повсякденної діяльності, пов'язаної з міжособистісною взаємодією та соціальною активністю.

Таким чином наявність коморбідних захворювань у хворих на параноїдну шизофренію не тільки обтяжує перебіг основного захворювання, але й погіршує загальний стан якості життя.

Для детального аналізу впливу специфіки сомато-неврологічного захворювання на рівень якості життя хворих на шизофренію були розділені на 4 групи (табл. 4)

Таблиця 4
Розподіл рівня якості життя хворих на шизофренію з урахуванням соматичної патології у балах

Шкала (показник ≤50 балів)	Група 1 з ССП, n=44		Група 2 з ГЕП, n=48		Група 3 з ЕнП, n=50		Група 4 з НП, n=40	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Психічний компонент здоров'я								
Психічне здоров'я (MH)	5	11,4	8	16,7	29	58,0*	24	60,0*
Рольове функціон., обумовлене емоц. станом (RE)	10	22,7	4	8,3	31	62,0*	27	67,5*
Соціальне функціонування (SF)	7	15,9	30	62,5*	26	52,0	25	62,5*
Життєва активність (VT)	35	79,5*	4	8,3	35	70,0*	27	67,5*
Фізичний компонент здоров'я								
Фізичне функціонування (PF)	30	68,2*	14	29,2	37	74,0*	21	52,5*
Рольове функціон., обумовлене фізич. станом (RP)	29	65,9*	32	66,7*	34	68,0*	7	17,5
Інтенсивність болю (BP)	10	22,7	31	64,6	8	16,0	26	65,0
Загальний стан здоров'я (GH)	34	77,3	34	70,8	30	60,0	29	72,5

Примітка: * – різниця показників групи дослідження від показників групи порівняння, достовірне $p<0,01$

В подальшому було дослідження динаміки рівню якості життя у хворих з урахуванням специфіки фармакотерапії.

Нараду з отриманими відмінностями рівнів якості життя при наявності сомато-неврологічної патології та її виду, був проведений аналіз впливу медикаментозного лікування на рівень якості життя хворих.

На момент госпіталізації достовірних відмінностей показників якості життя у хворих на параноїдну шизофренію отримано не було. Тобто хворі основної групи до прийому фармакотерапії мали однакові показники якості життя за усіма компонентами.

6. Обговорення результатів дослідження

Оцінка якості життя як інтегративний показник соціального функціонування дає найбільш повну картину суб'єктивної задоволеності і цілісну картину ефективності лікування і реабілітації хворих на параноїдну шизофренію за багатьма дослідженнями. У сприйнятті і оцінці ступеня задоволеності основними аспектами свого життя беруть участь всі головні складові психічної сфери: когнітивна, емоційна, мотиваційна і сфера самосвідомості, які реалізуються в поведінковій сфері, тобто психічне здоров'я тісно пов'язане з якістю життя. Таким чином, наявність психотравмуючих подій у житті хворих на параноїдну шизофренію погіршує соматичний і психічний стан та знижує адаптаційний потенціал, що в свою чергу, негативно відображається на усіх сферах взаємодії особистості та загальному рівні якості життя.

На основі аналізу отриманих результатів видно, що у хворих з супутньою сомато-неврологічною патологією достовірно частіше превалює низький рівень психічного та фізичного здоров'я. Дане спостереження також було виявлено О. Є. Смашною, де у пацієнтів з супутніми захворюваннями у фазі екзацерації шизофренії спостерігалась тенденція до анозогностичної позиції супутньої соматичної патології [13]. В табл. 4 наведені дані, які відображають частоту зустрічаємості компонентів якості життя нижче 50 балів. В середньому 50,6 % (92 хворих) основної групи та 20,0 % (6 хворих) групи порівняння мали низькі показники якості життя. Найбільш часто в групі хворих з наявністю сомато-неврологічної патології у 69,8 % спостерігались скарги на загальний стан здоров'я як фізичний компонент здоров'я та у 55,5 % зниження життєвої активності, як психічного компоненту здоров'я.

Як зазначила О. Є. Смашна, синдромопластичний вплив супутньої соматичної патології різних систем організму на виразність актуальної психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії відбивається на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування. Тому доцільним є проведення детального аналізу показників якості життя з урахування форми супутньої сомато-неврологічної патології у хворих на параноїдну шизофренію.

При дослідженні нашого контингенту хворих на ПШ можна побачити, що:

- для групи з ССП достовірно характерні зниження показників якості життя за компонентом фізичного функціонування, а саме за шкалами: загальний стан здоров'я у 77,3 %, фізичне функціонування у 68,2 %, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом у 65,9 % та знижений показник життєвої активності у 79,5 %;

- для групи з ГЕП також характерне зниження показників загального стану здоров'я у 70,8 %, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом у 66,7 % та наявність інтенсивності болю у 64,6 %, а також знижений показник соціального функціонування у 62,5 %;

- для групи з ЕНП екстремальне зниження показника якості життя спостерігалось у психічному компоненті за шкалами: життєва активність у 70,0 % та фізичне функціонування у 74,0 %. Інші показники якості життя також мали знижений рівень;

- для групи з НП характерним є зниження рольового функціонування. Обумовлене як фізичним, так і емоційним станом у 66,3 %, також мали низький рівень показники життєвої активності у 67,5 %, психічного здоров'я у 60,0 %, загального стану здоров'я у 72,5 % та соціального функціонування у 62,5 %; додатковим деструктивним компонентом є наявність інтенсивності болю у 65 %.

При аналізі отриманих даних слід зазначити наявність загального зниження показників якості життя у хворих, які приймали класичні нейролептики відносно показників хворих з атипovими нейролептиками.

Так були визначені достовірні відмінності за компонентами психічного здоров'я у хворих, які приймали класичні нейролептики: у 73,5 % знижена життєва активність при $p < 0,01$, у 71,6 % – соціальне функціонування при $p < 0,01$ та у 66,7 % – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом при $p < 0,01$. За фізичним компонентом здоров'я також були отримані достовірні відмінності з урахування фармакотерапії. Значне підвищення кількості хворих спостерігалось із низьким рівнем загального стану здоров'я у 94,1 % хворих на класичних нейролептиках, при $p < 0,01$.

7. Висновки

1. Визначена ієрархія факторів зниження стресостійкості, яка складається наступним чином: зміна соціального функціонування, наявність проблем базового фізичного функціонування, проблеми у сімейних взаємовідносинах.

2. Встановлено особливості впливу супутньої сомато-неврологічної патології на соціальне функціонування та якість життя пацієнтів з параноїдною шизофренією до початку лікування:

- а) для пацієнтів з серцево-судинною патологією характерні достовірне зниження показників якості життя за компонентом фізичного функціонування, а саме за шкалами: «Загальний стан

здоров'я» у 77,3 %, «Фізичне функціонування» у 68,2 %, «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» у 65,9 % та знижений показник «Життєвої активності» у 79,5 %;

б) для групи пацієнтів з гастро-ентерологічною патологією також характерне зниження показників «Загального стану здоров'я» у 70,8 %, «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» у 66,7 % та соціального функціонування у 62,5 %, а також наявність показника інтенсивності болю у 64,6 %;

в) у пацієнтів з ендокринною патологією екстремальне зниження показника якості життя спостерігалось у психічному компоненті за шкалами «Життєва активність» у 70,0 % та «Фізичне функціонування» у 74,0 %. Інші показники якості життя також мали знижений рівень;

г) Для пацієнтів з неврологічною патологією характерним є зниження рольового функціонування, обумовлене як фізичним, так і емоційним станом у 66,3 %, також відмічався низький рівень показника життєвої активності у 67,5 %, психічного здоров'я у

60,0 %, загального стану здоров'я у 72,5 % та соціального функціонування у 62,5 %; додатковим деструктивним компонентом була наявність інтенсивності болю у 65,0 %.

3. Визначено значне погіршення психічного та фізичного компонентів здоров'я, яке має зміни під типом медикаментозного лікування, де зниження шкал визначає ведучу роль у подальшому погіршенні стану та може виступати як фактор відмови від продовження лікування. Даний фактор виступає індикатором виставлення пріоритету між соціальною значимістю та фізичним функціонуванням, із ірраціональною внутрішньою картиною хвороби. Тому головним мотивом продовження курсу фармакотерапії виступає не тільки стан здоров'я та основне захворювання, а збереження соціального функціонування у майбутньому. Якщо після місячного лікування відбуваються зміни у якості життя, яке впливає, насамперед, на рольове функціонування із зниженням міжособистісної взаємодії, це призводить до переривання лікування, а потім і до погіршення перебігу основного захворювання.

Література

1. Дробижев, М. Ю. Нозогенные (психогенные) реакции при соматических заболеваниях [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. Ю. Дробижев. – М., 2000. – 38 с.
2. Bushe, C. J. Review: Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint [Text] / C. J. Bushe, M. Taylor, J. Haukka // Journal of Psychopharmacology. – 2010. – Vol. 24, Issue 4. – P. 17–25. doi: 10.1177/1359786810382468
3. Dinan, T. G. Stress and the genesis of diabetes mellitus in schizophrenia [Text] / T. G. Dinan // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184, Issue 47. – P. s72–s75. doi: 10.1192/bjp.184.47.s72
4. Herold, R. The long-term treatment of schizophrenia [Text] / R. Herold // Orvosi Hetilap. – 2012. – Vol. 153, Issue 26. – P. 1007–1012. doi: 10.1556/oh.2012.29416
5. Nasrallah, H. A. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline [Text] / H. A. Nasrallah, J. M. Meyer, D. C. Goff, J. P. McEvoy, S. M. Davis, T. S. Stroup, J. A. Lieberman // Schizophrenia Research. – 2006. – Vol. 86, Issue 1-3. – P. 15–22. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.026
6. Insel, T. R. Cure therapeutics and strategic prevention: raising the bar for mental health research [Text] / T. R. Insel, E. M. Scolnick // Molecular Psychiatry. – 2006. – Vol. 11, Issue 1. – P. 11–17. doi: 10.1038/sj.mp.4001777
7. Незнанов, Н. Г. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией [Текст] / Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин, Н. А. Соколян, Д. А. Танянский // Обозр. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 2. – С. 17–20.
8. Васюк, Ю. А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник // Псих. расс-ва в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 14–19.
9. Brown, S. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia [Text] / S. Brown, J. Birtwistle, L. Roe, C. Thompson // Psychological Medicine. – 1999. – Vol. 29, Issue 3. – P. 697–701. doi: 10.1017/s0033291798008186
10. Международная классификация болезней: (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике [Текст] / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: АДИС, 1994. – 302 с.
11. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
12. Каппони, В. Сам себе психолог [Текст] / В. Каппони, Т. Новака. – СПб.: Питер, 1994. – 350 с.
13. Смашна, О. Є. Вплив супутньої соматичної патології на оцінку якості життя пацієнтами, що страждають на параноїдну форму шизофренії [Текст] / О. Є. Смашна // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, Вип. 3 (68). – С. 70–73.

Дата надходження рукопису 04.04.2017

Підкоритов Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, керівник відділу клінічної соціальної та дитячої психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: pid-vs@ukr.net

Байбарак Наталя Анатоліївна, старший науковий співробітник, кандидат медичних наук, відділ клінічної соціальної та дитячої психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: baybarakn@gmail.com